

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Фомина М.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников занимают одно из ведущих мест в структуре патологических состояний, по поводу которых выполняются эндоскопические вмешательства. Наиболее часто такая патология развивается в раннем репродуктивном возрасте, когда генеративная функция не реализована, неустойчивы взаимоотношения между высшей, вегетативной нервной и эндокринной системами.

Цель работы – разработка реабилитационных мероприятий по восстановлению эндокринной системы в раннем репродуктивном возрасте с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников после лапароскопических вмешательств на гонадах.

Материал и методы. Состояние эндокринной системы исследовали у 58 больных в возрасте 15 – 27 лет в течение 12 месяцев после лапароскопического удаления новообразований яичников. Согласно гистологической классификации среди удалённых тканей у 19 пациенток были верифицированы серозные цистаденомы, у 8 – муцинозные цистаденомы, у 16 – дермоидные кисты, у 15 – эндометриодные кисты.

Состояние эндокринной системы оценивали на основании общеклинического обследования, сонографии и доплерографии органов малого таза, щитовидной железы, надпочечников, уровня гормонов крови (фолликулостимулирующий – ФСГ, лютеинизирующий – ЛГ, пролактин – ПРЛ, тиреотропный – ТТГ, тироксин – Т4, трийодтиронин – Т3, тиреоглобулин – ТГ, тироксинсвязывающий глобулин – ТСГ, кортизол – К, эстрадиол – Е2, прогестерон – П, тестостерон – Т) на 5–7-й и 21–24-й дни менструального цикла радиоиммунологическим методом.

Пациенток после хирургической лапароскопии разделили на 2 группы. В основную группу (I) всем больным (35) назначали поэтапную медикаментозную терапию по разработанной нами схеме. Группу сравнения (II) составили 23 пациентки после эндоскопического удаления доброкачественных образований яичников без последующей медикаментозной реабилитации. Контрольную группу (III) составили 13 практически здоровых женщин в возрасте 19 – 25 лет.

Результаты и обсуждение. Учитывая сохранение длительное время после операции нарушений в профиле гормонов, при котором возникли новообразования яичников, усугубление скрытых негативных изменений в репродуктивной системе разработан метод коррекции эндокринной системы после эндоскопических вмешательств на яичниках, который был апробирован в I группе пациенток.

В качестве терапии I этапа при доброкачественных опухолях яичников для подавления циклического синтеза гонадотропинов назначали низкодозированные монофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с выраженным гестагенным эффектом или с антиандрогенным эффектом для подавления

выраженной гиперандрогении и эффектов андрогенов в органах-мишенях на 6 месяцев. При эндометриоидных кистах яичников назначали гестаген пролонгированного действия на 6 месяцев по схеме, позволяющей достигнуть медикаментозной аменореи. Одновременно во всех случаях назначали L-тироксин 6 месяцев, калия йодид 6 месяцев. На II этапе для восстановления циклического выброса гонадотропинов, нормализации периферических эндокринных желёз назначали во II фазу цикла на 3 – 6 месяцев аналог природного прогестерона – дюфастон.

Циклическая мастодиния имела место у 1 (2,86%) в I группе, тогда как во II – у 7 (30,43%) женщин. Через 12 месяцев после операции регулярный менструальный цикл установился у всех женщин I группы, тогда как во II группе 5 (21,74%) пациенток предъявляли жалобы на нерегулярные менструации. Альгодисменорея сохранялась у 1 (2,86%) пациентки из I группы, у 6 (26,09%) женщин из II. В 5 (21,74%) случаях пациентки из II группы указывали на боли внизу живота в перiovуляторный период. В I группе таких жалоб не было.

По данным сонографии имели место ультразвуковые признаки кистозного изменения яичников с увеличением их размеров у 1 (2,86%) пациентки из I группы и 5 (21,74%) – из II, односторонние ретенционные образования в яичниках у 1 (2,86%) и 3 (13,04%), недостаточная толщина эндометрия у 1 (2,86%) и 8 (34,78%) соответственно. Рецидив серозной кистаденомы имел место только у 1 (4,35%) пациентки из II группы.

При исследовании профиля гормонов через 12 месяцев после операции выявлено, что в I группе лишь в 2 (5,71%) случаях отмечены изменения, тогда как во II группе – в 15 (65,22%). В I группе у 1 пациентки была констатирована лёгкая степень гипофункции щитовидной железы (снижение Т4 и Т3, повышение ТТГ; 55,0 и 1,0 нмоль/л, 5,5 мМЕ/л, соответственно), у 1 – недостаточность лютеиновой фазы цикла (высокие уровни ЛГ и ПРЛ, низкий – П; 15,1 МЕ/л, 510,24 мМЕ/л, 1,1 нмоль/л, соответственно). Во II группе лёгкая гипофункция щитовидной железы имела место у 6 (26,09%), гиперпролактинемия – у 8 (34,78%), недостаточность лютеиновой фазы цикла – у 14 (60,87%), ановуляция и гиперандрогения – у 11 (47,83%). У всех пациенток I группы уровень ФСГ соответствовал значениям нормы. У 13 (56,52%) пациенток во II группе концентрация ФСГ оставалась высокой.

Выводы.

1. Дисфункция эндокринной системы при объёмных образованиях яичников у пациенток раннего репродуктивного возраста сохраняется после лапароскопических вмешательств на гонадах, обуславливая высокий риск рецидива опухоли и прогрессирования эндокринопатий.
2. Медикаментозная коррекция нарушений эндокринной системы в течение 6 – 12 месяцев после лапароскопического удаления доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников позволяет достигнуть восстановления гормонального гомеостаза и репродуктивной функции в 94,3% случаев.
3. Сочетанное применение гормональных, фито- и йод-содержащего препаратов обеспечивает многосторонний нормализующий эффект на функцию как нервной системы, так и функцию периферических эндокринных желёз.